

指定医指定申請書 兼 経歴書

年 月 日

岐阜県知事 様

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ											生年月日
	氏名											年 月 日
	連絡先	〒 -										
	住所											
	電話番号											
	メールアドレス											
医籍登録番号	第	号				医籍登録年月日	年 月 日					
指定医の区分	1 難病指定医（①、②又は③）											2 協力難病指定医（②）
該当する資格	①専門医	専門医の資格の名称										
		専門医の認定機関										
		有効期間	年 月 日 ~					年 月 日				
	②知事が行う 研修を修了	研修の名称										
		研修修了年月日	年 月 日									
	③経過的特例	特定疾患治療研究事業の診断書（臨床調査個人票）の作成実績										
1 有（主な疾病名) 2 無												
主として指定難病の診断を行う医療機関	医療機関コード	2	1	1								
	名称											
	所在地	〒 -										
	電話番号											
	担当する診療科名											
経歴書（5年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。）												
診断又は治療に従事した期間			従事した診療科				従事した医療機関の名称					
年 月 ~ 年 月												
年 月 ~ 年 月												
年 月 ~ 年 月												
年 月 ~ 年 月												
年 月 ~ 年 月												
合計従事期間			計 年 か月									

備考 1 「指定医の区分」の1又は2のいずれかを囲み、「該当する資格」のいずれかを記載してください。
 2 「従事した期間」は、月単位で記入し、1か月未満の端数は切り捨ててください。